

「リプロダクティブヘルスからみた子宮内膜症の実態と対策に関する研究」
(主任研究者：武谷 雄二・東京大学医学部産科婦人科教授)

分担研究：子宮内膜症を有する不妊症の治療に関する研究

分担研究報告書

分担研究者 田中 憲一¹⁾
研究協力者 石川 睦夫²⁾、深谷 孝夫³⁾、菅沼 信彦⁴⁾、長谷川 功¹⁾

新潟大学医学部産科婦人科¹⁾、旭川医科大学産科婦人科²⁾、
東北大学医学部産科婦人科³⁾、名古屋大学医学部産科婦人科⁴⁾

要 約

子宮内膜症による不妊症の治療法の現状と、望ましい治療法について考察する目的で、全国13の医育機関の563例の子宮内膜症合併不妊症例（腹腔鏡確認例）の治療法と妊娠転帰を解析した。治療法のうち、卵巣内膜症性嚢胞の処理法と術後ホルモン療法の有無を中心に施設間の差が著明であった。腹腔鏡所見で、子宮内膜症による癒着や腹膜病巣の存在は、妊孕性の低下に関連しており、これらを積極的に腹腔鏡下で処置（癒着剥離、内膜症病巣焼灼）することにより、妊娠率の向上が見られた。卵巣の子宮内膜症性嚢胞の存在は、妊娠成績と関連せず、また処置法の相違による妊娠率の差も認めなかった。腹腔鏡の術後は、GnRHアゴニスト・ダナゾールといったホルモン療法を施行した症例よりも、これらを行わず早期に一般不妊治療を開始した症例の方が妊娠率が高かった。また体外受精・胚移植による妊娠が、今回の妊娠症例の3分の1に達し、かつ体外受精は高い周期あたりの妊娠率を示していた。以上より、子宮内膜症による不妊症においては、可能な限り、腹腔鏡下の処置を徹底して行うこと、腹腔鏡術後は早期の不妊治療を開始すること、症例によっては、体外受精も積極的に考慮することが重要であると考えられた。

見出し語：子宮内膜症、不妊症、腹腔鏡、体外受精

緒 言

子宮内膜症の臨床症状としては、月経困難症等の疼痛症状と不妊症の2つが重要である。子宮内膜症による不妊症の治療法は極めて多岐にわたっており、腹腔鏡下の手術的内膜症病巣除去、GnRHアゴニスト(GnRHa)等によるホルモン療法、通常の不妊症治療、また体外受精・胚移植などの生殖補助技術などが挙げられる。いかなる子宮内膜症の症例に、どの治療法をどのように適用していくかについては、明確な指針がないのが現状である。本研究では、本邦における子宮内膜症による不妊症治療の実態を明らかにし、望ましい治療法について考察する。

研究対象および方法

全国の13医育機関において、平成6年1月から平成8年12月に施行された腹腔鏡で子宮内膜症と診断された不妊症症例をエントリーし、本稿末尾に示す情報収集用紙に基づき、カルテ調査による後方視的解析を行った。集積された症例のうち、腹腔鏡所見、不妊症の転帰の明確な563例について解析を行った。平均年齢は 30.9 ± 3.8 才(19~42才)、平均不妊期間 4.1 ± 2.6 年(1~13年)であり、77%が原発性不妊、23%が続発性不妊(うち経妊未産婦17%、未産婦6%)であった。子宮内膜症以外の不妊因子として、男性因子(運動精子濃度 $< 10 \times 10^7 / \text{ml}$)、排卵因子(多嚢胞性卵巣症候群、高プロラクチン血症、黄体機能不全など)、卵管因子(腹腔鏡下で両側卵巣に中等度以上の異常あり)の合併率が、それぞれ19.1%、21.5%、14.9%であった。腹腔鏡実施時、まず子宮内膜症の評価を行った後、術者の判断で、卵巣内膜症性嚢胞の処置、癒着剥離、内膜症病巣の焼灼、生理食塩水による腹腔内洗浄等を施行した。術後は、患者側に十分メリット・デメリットを説明したうえでホルモン療法(GnRHa、ダナゾール)を適宜追加し、その後さらに必要に応じて一般不妊治療(排卵誘発+人工受精など)、体外受精・胚移植を行った。観察期間は腹腔鏡施行後より、1)臨床的妊娠の成立、2)患者側の治療打ち切り、3)平成9年12月のいずれかの時点までとした。

妊娠成績は、症例により観察期間に著しい偏りがあるため、症例あたりの妊娠率でなく、周期あたりの妊娠率(=総妊娠数/総観察周期数)で評価した。

研究成績

(1) 子宮内膜症合併不妊症の治療法の実態

図1に示す通り初診から腹腔鏡実施まで(術前)の内膜症治療は少数例で、自然待機・排卵誘発・人工受精といった一般不妊治療を行い、これで妊娠しない症例で腹腔鏡を実施している場合が相当数みられた。腹腔鏡下の治療法では卵巣内膜症性嚢胞の処置法で、嚢胞の存在した204例中、放置が19.6%、吸引が18.6%、切開・蒸散が14.7%、エタノール固定が10.3%、嚢胞切除が36.8%と種々の方法が採られており、また施設によって上記方法を均等に実施している施設、2法を中心に行っている施設、嚢胞切除にほぼ限定している施設と、差異が顕著であった。卵巣・卵管癒着の剥離術は、各施設で60~80%の症例に実施されて

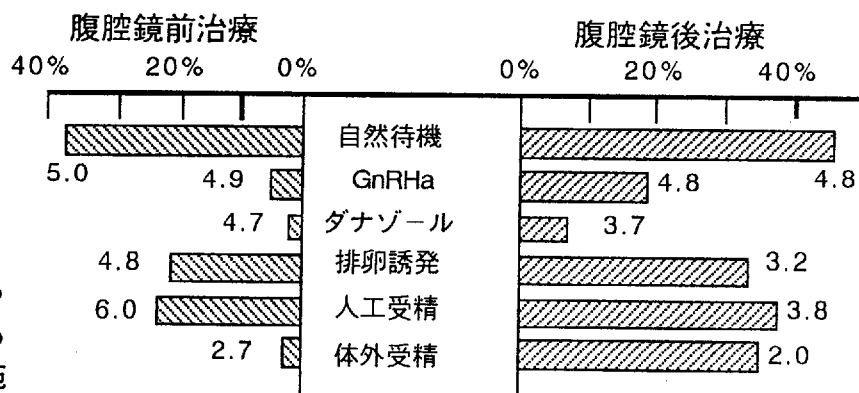


図1. 腹腔鏡前・後の治療状況実施状況

(数字は施行症例1例当りの施行周期数)

おり(平均実施率71.5%)、また腹膜の内膜症病巣の焼灼は、一部の施設を除き70~90%の施設で実施されており(平均実施率79.1%)施設間の差は小さかった。腹腔鏡から最終観察までの平均期間は 14.0 ± 10.8 か月であった。この間(術後)の子宮内膜症治療としては(図1)、GnRHa、ダナゾールのホルモン療法が、23.6%の症例で追加されていた。術後ホルモン療法実施率も4~40%と施設間の差が著明であり、10%以下しか行っていない施設と、30

～40%の症例に行っている施設に大別された。

(2) 子宮内膜症治療と妊娠成績

妊娠成立例は563例中189例(33.6%)で、妊娠成立周期の治療は自然妊娠36.5%、排卵誘発12.7%、人工受精16.9%、体外受精33.9%であった。腹腔鏡施行後の全観察期間は563例で延べ7868カ月で、周期妊娠率は2.40%(189/7868)であった。子宮内膜症の臨床進行期分類各期の頻度は表1に示す通りで(平均R-AFS SCORE: 25.5±34.9点)あったが、各期の間には妊娠率の差は認めなかった。

腹腔鏡下手術手技と妊娠成績をみると、まず卵巣内膜症性嚢胞の処置では、嚢胞が存在しない症例と、存在するが放置した症例でそれぞれ周期妊娠率が2.42%、3.11%と差がなかった。さらに嚢胞の処置として、吸引、切開・蒸散、エタノール注入、嚢胞摘出など種々の術式が採られているが、各術式後の周期妊娠率はそれぞれ、1.56%、3.79%、2.79%、2.00%と術式間において差を認めなかった。

また卵巣・卵管周囲癒着の存在は、癒着がない場合に比して妊娠率を低下させるが、完全癒着剥離によって有意に妊娠率が改善した(図2)。この結果は、体外受精に拠らない妊娠率に限定しても同様であった。腹膜の内膜症病巣でも同様に放置例に比較し完全焼灼例で有意に妊娠率が高値であった(図3)が、この差は体外受精に拠らない妊娠率では観察されなかった。即ち病巣放置例では体外受精での妊娠率向上が得られなかった。術後のホルモン療法の追加の有無と妊娠成績を検討すると(図4)、両群間で背景に差を認めないが、ホルモン療法施行例では、体外受精に拠らない妊娠率も、体外受精の妊娠率もともに不良であった。

表1. 内膜症の臨床進行期と妊娠率

臨床進行期	頻度	妊娠率
stage I (微症)	35.7%	2.21%
stage II (軽症)	18.1%	3.04%
stage III (中等症)	24.0%	2.65%
stage IV (重症)	22.2%	2.02%

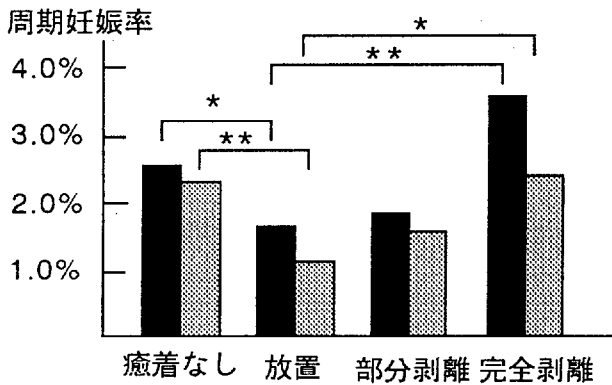


図2. 卵管・卵巣癒着の処置と妊娠率

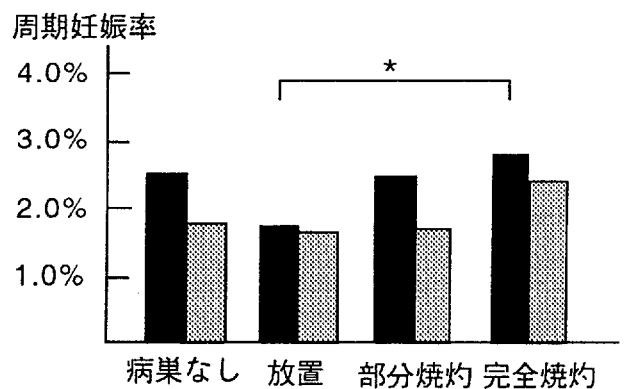
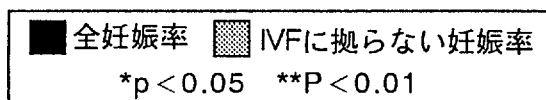
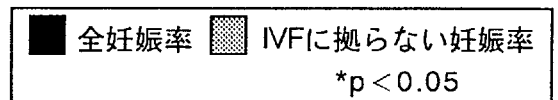


図3. 腹膜内膜症病巣の処置と妊娠率



体外受精は、全体の33.4%に相当する188例に延べ375回実施された(1例平均2.0回)。うち64回で妊娠が成立し(妊娠率17.1%)、本邦の体外受精全体の成績とほぼ一致していた。体外受精の内容をみると、1回当たりの採卵数は7.1個、受精率63.6%、着床率9.2%といずれも

表2. 体外受精による妊娠率

治療区分(期間)	観察周期	妊娠周期	妊娠率
体外受精以外の治療	634	125	1.97%
体外受精による治療	1520	64	4.21%
全治療法合計	786	189	2.40%

通常の体外受精と同じ水準であった。腹腔鏡後、通常の不妊治療を行った期間と、体外受精に移行してからの期間の周期妊娠率を比較すると表2の通り体外受精実施期間の妊娠率が有意に高率であった。

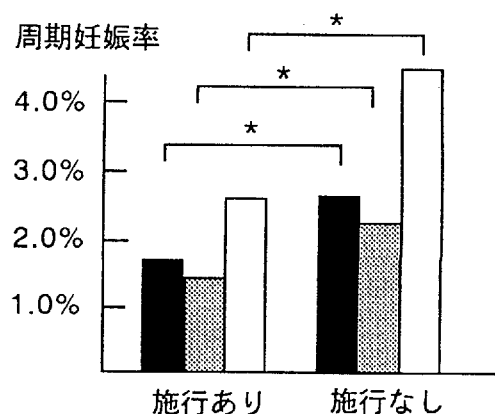


図4. 腹腔鏡後GnRHaと妊娠率



考 察

今回の全国13の不妊症専門医施設での、子宮内膜症による不妊症の取り扱いの実態調査の結果、特に卵巣内膜症性嚢胞の処置法や、術後のホルモン療法等において施設間の取り扱いに大きく差がみられること示された。また現在用いられている内膜症の臨床進行期分類は妊娠成績と関連せず、新たな分類作成の必要性も示された。

腹腔鏡は、内膜症の唯一の確定診断法であるとともに、治療の第一歩でもある。卵巣・卵管の癒着剥離や、腹膜の内膜症病巣の存在は、明らかに妊孕性の低下に繋がっていたが、一方、これらの癒着を完全に剥離できた症例、これらの内膜症病巣を完全に焼灼できた症例で高い妊娠率が得られており、腹腔鏡下手術の有用性が示唆された。子宮内膜症が不妊を惹起する機序として、こうした癒着の他に、内膜症病巣により腹腔内マクロファージが活性化され、精子等の貪食や、ここから放出される各種サイトカインが受精・着床を妨げることが指摘されている。今回どの施設でも腹腔鏡下手術の最後に必ず、充分量の生理食塩水による腹腔内洗浄を行っていたが、こうした処置も腹腔内マクロファージやサイトカインの除去によって、妊娠率の上昇に参与した可能性もあると思われる。

卵巣内膜症性嚢胞は、悪性の否定の有無、その存在が妊孕性を低下させると考えるか否か、また将来の嚢胞の再発の重視の度合によって術式が異なるため、多様な取り扱い方針となったものと思われる。今回の成績では、嚢胞が存在しない場合と存在するが放置した場合とで妊娠率に差を認めなかった。Ishimaruらも同様に内膜症性嚢胞の存在は妊孕性に影響しないという成績を報告している。これは、現在用いられている子宮内膜症の臨床進行期分類(R-AFS分類)(内膜症性嚢胞の存在に高い得点が与えられ、より進行したものとして区分されてしまう)が、妊娠の成績と一致しないという先の事実と一致すると考えられる。また内膜症性嚢胞に対する手術も、穿刺・吸引、切開・蒸散、エタノール注入、嚢胞切除など多様

な術式が行われていたが、いずれの方法も優劣がはっきりしなかった。嚢胞切除術は、組織学的確認もでき、再発率も低くこれが可能であれば理想的であるが、一方で他の方法に比較して術後癒着を起こす危険や、また卵巣の実質量が低下して特に体外受精などで採卵数の低下を招くという欠点もあるので、今回必ずしも高い妊娠率に繋がらなかったものと思われる。今後Brosenらが提唱している、extraovarian endosurgical techniqueなどを始め術式の改良が必要であろう。

腹腔鏡の術後に、GnRHaやダナゾール等のホルモン療法を追加するか否かという問題も議論の分かれるところである。ホルモン療法は、不妊と並ぶ子宮内膜症の2大症状である疼痛（月経困難症など）の改善には効果のあることは確認されている。しかし不妊に対する効果をみた今回の成績では、ホルモン療法施行例で内膜症が重症であった可能性もあるが（但し、内膜症の重症度と妊娠率は先に述べたように相関しない）、ホルモン療法は妊娠率をむしろ低下させる結果であった。先の腹腔鏡手術が妊孕性向上に有用であるとするならば、術後の最も有利なgolden periodにホルモン療法という妊娠不能な時期を置いたことが影響した可能性があると思われる。腹腔鏡手術でよりよい状態が得られた場合、直ちに不妊治療に入った方が望ましいとことが示唆される。当然のことながら、今回の検討は後方視的なものであるので、今後prospective studyも計画する必要があるだろう。また、今回の調査でもあまり広く行われていないことが明らかになった腹腔鏡術前のホルモン療法は、腹腔鏡手術の遂行をより簡易、確実にする可能性があり、今後検討すべきと思われる。

腹腔鏡施行後の一般不妊治療としては、今回の成績でも待機療法で妊娠した症例も36.5%あることから、腹腔鏡所見や手術の遂行度から可能と判断されれば、一定期間待機するのも有力であろう。また、排卵誘発（特にhMG-hCG療法）を併用した人工受精の有用性もいくつかの文献で指摘されている。

子宮内膜症による不妊症に対する体外受精は、今回の検討でも、通常の適応（卵管因子など）による体外受精とほぼ同じ効果があることが示された。また今回の妊娠例の約3分の1強は体外受精による妊娠であり、依然子宮内膜症による不妊症に対して体外受精が大きなウェートを占めていることが明らかとなった。また体外受精は、今回のデータでは約4カ月に1回しか実施できないが、にもかかわらず月あたりの妊娠率でも、通常の不妊治療時の妊娠率を凌駕していた。体外受精は一般不妊治療不成功後のsecond lineとして利用されることが多いことを考慮すると、その効果の高さは一層際立ってくる。Kodamaらは、子宮内膜症不妊症の腹腔鏡後36カ月での妊娠率は、体外受精施行例と待機療法例とで差がないが、32才以上の症例に限定すると、体外受精の方が有意に高率であったと報告している。従って年齢によっては早めの体外受精を考慮する必要があると思われる。当然のことながら体外受精にはコストの問題、排卵誘発剤の副作用等の問題があるので、今後こうした医療経済的な面も含めた検討が必要であることはいうまでもない。

以上を総括すると、子宮内膜症による不妊症の治療として、まず腹腔鏡下に癒着剥離、病巣焼灼、腹腔内洗浄等の処置を十分に行うこと、腹腔鏡後はホルモン療法期間を置かず早期に妊娠を積極的にトライすること、症例によっては体外受精を考慮することが重要と考えられた。今後さらに検討すべき課題として、今回の結果を確認するための前方視的研究、妊孕性を考慮に入れた子宮内膜症の臨床進行期分類の設定、卵巣内膜症性嚢胞の適切な取り扱い法の確立が挙げられる。

文 献

1. Marcoux S, Maheux R, Berube S. Laparoscopic surgery in infertile women with minimal or mild endometriosis. *N Eng J Med* 337:217-22, 1997
2. Ishimaru T, Masuzaki H, Samejima T, Fujishita A, Nakamura K, Yamabe T. Influence of ovarian endometrioma on fertility. *Am J Obstet Gynecol* 171:541-5, 1994
3. Nargund G, Cheng WC, Parsons J. The impact of ovarian cystectomy on ovarian response to stimulation during in-vitro fertilization cycles. *Hum Reproduction* 11:81-83, 1995
4. Kauppila A, Changing concepts of medical treatment of endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 72:324-36, 1993
5. Olivennes F, Feldberg D, Liu HC, Cohen J, Moy F, Rosenwaks Z. Endometriosis: a atage by stage analysis - the role of in vitro vertilization. *Fertil Steril* 64:392-8, 1995
6. Houston DE, Noller KL, Melton LJ III, Selwyn BJ, Hardy RJ. Incidence of pelvic endometriosis in Rochester, Minnesota, 1970-1979. *Am J Epidemiol* 1987; 125:959-69.
7. Mahmood TA, Templeton A. Prevalence and genesis of endometriosis. *Hum Reprod* 1991; 6:544-9.
8. Pouly JL, Drolet J, Canis M. Laparoscopic treatment of symptomatic endometriosis. *Human Reprod* 1996; 3:67-88.
9. Pagidas K, Falcone T, Hemmings R, Miron P. Comparison of reoperation for moderate (stage III) and severe (stage IV) endometriosis-related infertility with in vitro fertilization-embryo transfer.
10. Kodama H, Fukuda J, Karube H, Matsui T, Shimuzu Y, Tanaka T. Benefit of in vitro fertilization treatment for endometriosis-associated infertility. *Fertil Steril* 1996; 66:974-9.
11. Tummon IS, Asher LJ, Martin JS, Tulandi T. Randomized controlled trial of superovulation and insemination for infertility associated with minimal or mild endometriosis. *Fertil Steril* 1997; 68:8-12.
12. Brosen IA, Ballaer PV, Puttemans P. Reconstruction of the ovary containing large endometriomas by extraovarian endosurgical technique. *Fertil Steril* 1996; 66:517-21.

Abstract (欧文抄録)

To resolve the many controversies surrounding the treatment of infertility in women with endometriosis, a retrospective Japanese multicenter study was performed and the infertility outcomes of 563 women with laparoscopically-diagnosed endometriosis were analyzed. The data demonstrated a number of points. First, neither the presence of ovarian endometrioma nor the choice of operative procedures for it had any impact on fertility. Second, both complete tubo-ovarian adhesion lysis and ablation of peritoneal endometrial implants under laparoscopy were associated with improved pregnancy rates. Third, the post-laparoscopic administration of hormone therapy such as gonadotropin-releasing hormone agonist had no beneficial effect. Finally, the cycle fecundity rate of IVF-ET was significantly higher than that of conventional infertility therapy in these infertile women with endometriosis. It was concluded that intensive surgery under laparoscopy, a prompt pregnancy trial soon after laparoscopy and the active use of IVF-ET, when necessary, may be essential in the treatment of infertile women with endometriosis.

【4】腹腔鏡所見

①腹腔鏡実施日 () 年 () 月

②病巣

腹膜	表在性	<input type="checkbox"/> ⁰ なし	<input type="checkbox"/> ¹ ~1cm	<input type="checkbox"/> ² 1~3cm	<input type="checkbox"/> ³ 3cm~
	深在性	<input type="checkbox"/> ⁰ なし	<input type="checkbox"/> ¹ ~1cm	<input type="checkbox"/> ² 1~3cm	<input type="checkbox"/> ³ 3cm~
右卵巢	表在性	<input type="checkbox"/> ⁰ なし	<input type="checkbox"/> ¹ ~1cm	<input type="checkbox"/> ² 1~3cm	<input type="checkbox"/> ³ 3cm~
	深在性	<input type="checkbox"/> ⁰ なし	<input type="checkbox"/> ¹ ~1cm	<input type="checkbox"/> ² 1~3cm	<input type="checkbox"/> ³ 3cm~
左卵巢	表在性	<input type="checkbox"/> ⁰ なし	<input type="checkbox"/> ¹ ~1cm	<input type="checkbox"/> ² 1~3cm	<input type="checkbox"/> ³ 3cm~
	深在性	<input type="checkbox"/> ⁰ なし	<input type="checkbox"/> ¹ ~1cm	<input type="checkbox"/> ² 1~3cm	<input type="checkbox"/> ³ 3cm~

③癒着

右卵巢	フィルム様	<input type="checkbox"/> ⁰ なし	<input type="checkbox"/> ¹ ~1/3	<input type="checkbox"/> ² 1/3~2/3	<input type="checkbox"/> ³ 2/3~
	強固	<input type="checkbox"/> ⁰ なし	<input type="checkbox"/> ¹ ~1/3	<input type="checkbox"/> ² 1/3~2/3	<input type="checkbox"/> ³ 2/3~
左卵巢	フィルム様	<input type="checkbox"/> ⁰ なし	<input type="checkbox"/> ¹ ~1/3	<input type="checkbox"/> ² 1/3~2/3	<input type="checkbox"/> ³ 2/3~
	強固	<input type="checkbox"/> ⁰ なし	<input type="checkbox"/> ¹ ~1/3	<input type="checkbox"/> ² 1/3~2/3	<input type="checkbox"/> ³ 2/3~
右卵管	フィルム様	<input type="checkbox"/> ⁰ なし	<input type="checkbox"/> ¹ ~1/3	<input type="checkbox"/> ² 1/3~2/3	<input type="checkbox"/> ³ 2/3~
	強固	<input type="checkbox"/> ⁰ なし	<input type="checkbox"/> ¹ ~1/3	<input type="checkbox"/> ² 1/3~2/3	<input type="checkbox"/> ³ 2/3~
左卵管	フィルム様	<input type="checkbox"/> ⁰ なし	<input type="checkbox"/> ¹ ~1/3	<input type="checkbox"/> ² 1/3~2/3	<input type="checkbox"/> ³ 2/3~
	強固	<input type="checkbox"/> ⁰ なし	<input type="checkbox"/> ¹ ~1/3	<input type="checkbox"/> ² 1/3~2/3	<input type="checkbox"/> ³ 2/3~
ダグラス窩閉鎖		<input type="checkbox"/> ⁰ なし	<input type="checkbox"/> ¹ 一部	<input type="checkbox"/> ² 完全	

④卵管の状態

右卵管	疎通性	<input type="checkbox"/> ⁰ 良好	<input type="checkbox"/> ¹ 不良	<input type="checkbox"/> ² 閉塞
	卵管採	<input type="checkbox"/> ⁰ 正常	<input type="checkbox"/> ¹ 軽度癒着	<input type="checkbox"/> ² 高度癒着・形状不明
左卵管	疎通性	<input type="checkbox"/> ⁰ 良好	<input type="checkbox"/> ¹ 不良	<input type="checkbox"/> ² 閉塞
	卵管採	<input type="checkbox"/> ⁰ 正常	<input type="checkbox"/> ¹ 軽度癒着	<input type="checkbox"/> ² 高度癒着・形状不明

【5】腹腔鏡下における処置

①内膜症性嚢胞に対する処置

⁰嚢胞なし ¹放置 ²吸引(+洗浄) ³切開・蒸散 ⁴エタノール固定
⁵嚢胞切除(腹腔内法) ⁶嚢胞切除(腹腔外法) ⁷その他()

②卵管・卵巢癒着に対する処置

⁰癒着なし ¹放置 ²部分剥離 ³完全剥離

③腹膜病巣に対する処置

⁰病巣なし ¹放置 ²部分焼灼 ³完全焼灼

④腹腔内洗浄

¹施行せず ²施行

⑤癒着防止法

¹施行せず ²施行(方法:)

⑥R-AFS score : 術前 () points → 術後 () points

【6】腹腔鏡施行以後の治療

- ①自然周期期待療法 ⁰なし ¹あり () カ月
開始 () 年 () 月
- ②GnRH アゴニスト ⁰なし ¹あり
1回目 開始 () 年 () 月
1回目 終了 () 年 () 月
2回目 開始 () 年 () 月
2回目 終了 () 年 () 月
- ③ダナゾール ⁰なし ¹あり
1回目 開始 () 年 () 月
1回目 終了 () 年 () 月
2回目 開始 () 年 () 月
2回目 終了 () 年 () 月
- ④排卵誘発 (clomiphene中心) ⁰なし ¹あり () 周期
開始 () 年 () 月
- ⑤排卵誘発 (hMG-hCG中心) ⁰なし ¹あり () 周期
開始 () 年 () 月
- ⑥人工授精 (自然周期) ⁰なし ¹あり () 周期
開始 () 年 () 月
- ⑦人工授精 (clomiphene中心排卵誘発) ⁰なし ¹あり () 周期
開始 () 年 () 月
- ⑧人工授精 (hMG-hCG中心排卵誘発) ⁰なし ¹あり () 周期
開始 () 年 () 月
- ⑨体外受精・胚移植などのART ⁰なし ¹あり () 周期
開始 () 年 () 月
- ⑩Second look laparoscopy ⁰なし ¹あり
実施 () 年 () 月
- ⑪経膈穿刺エタノール固定 ⁰なし ¹あり
実施 () 年 () 月
実施 () 年 () 月
実施 () 年 () 月

【7】ART実施記録

- ①第1回 実施日()年()月
採卵数() 受精数() 移植数()
授精法 ¹通常媒精 ²顕微授精
通常のIVF-ET以外の場合はその手技()
- ②第2回 実施日()年()月
採卵数() 受精数() 移植数()
授精法 ¹通常媒精 ²顕微授精
通常のIVF-ET以外の場合はその手技()
- ③第3回 実施日()年()月
採卵数() 受精数() 移植数()
授精法 ¹通常媒精 ²顕微授精
通常のIVF-ET以外の場合はその手技()
- ④第4回 実施日()年()月
採卵数() 受精数() 移植数()
授精法 ¹通常媒精 ²顕微授精
通常のIVF-ET以外の場合はその手技()
- ⑤第5回 実施日()年()月
採卵数() 受精数() 移植数()
授精法 ¹通常媒精 ²顕微授精
通常のIVF-ET以外の場合はその手技()
- ⑥第6回 実施日()年()月
採卵数() 受精数() 移植数()
授精法 ¹通常媒精 ²顕微授精
通常のIVF-ET以外の場合はその手技()

【8】最終転帰

⁰非妊娠 最終受診日()年()月

¹妊 娠

妊娠診断日()年()月

妊娠成立周期の治療

- ¹自然 ²排卵誘発(clomipheme) ³排卵誘発(hMG-hCG)
⁴AIH(自然周期) ⁵AIH(clomipheme) ⁶AIH(hMG-hCG)
⁷IVF-ET(通常) ⁸IVF-ET(顕微授精)
⁹その他()

転 帰

- ¹on going/分娩 ²流産 ³外妊 ⁴その他



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用 論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要 約

子宮内膜症による不妊症の治療法の現状と、望ましい治療法について考察する目的で、全国 13 の医育機関の 563 例の子宮内膜症合併不妊症例(腹腔鏡確認例)の治療法と妊娠転帰を解析した。治療法のうち、卵巣内膜症性嚢胞の処理法と術後ホルモン療法の有無を中心に施設間の差が著明であった。腹腔鏡所見で、子宮内膜症による癒着や腹膜病巣の存在は、妊孕性の低下に関連しており、これらを積極的に腹腔鏡下で処置(癒着剥離、内膜症病巣焼灼)することにより、妊娠率の向上が見られた。卵巣の子宮内膜症性嚢胞の存在は、妊娠成績と関連せず、また処置法の相違による妊娠率の差も認めなかった。腹腔鏡の術後は、GnRH アゴニスト・ダナゾールといったホルモン療法を施行した症例よりも、これらを行わず早期に一般不妊治療を開始した症例の方が妊娠率が高かった。また体外受精・胚移植による妊娠が、今回の妊娠症例の 3 分の 1 に達し、かつ体外受精は高い周期あたりの妊娠率を示していた。以上より、子宮内膜症による不妊症においては、可能な限り、腹腔鏡下の処置を徹底して行うこと、腹腔鏡術後は早期の不妊治療を開始すること、症例によっては、体外受精も積極的に考慮することが重要であると考えられた。